



CONSULTATION FORM

نموذج الاستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

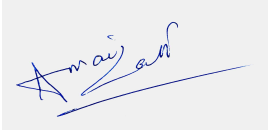
PATIENT NAME	:	ASANGA BUDDIKA		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	17-May-1987	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	L3ML-3NMM-VMVT-MVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

CASE INFORMATION	:	☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة		حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J45.991 - Cough variant asthma, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, R50.9 - Fever, unspecified																				
التشخيص																						
AETIOLOGY	:	Enter Aetiology																				
لمسببات المرضية																						
(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)																						
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)																						
SYMPTOMS	:	Complaint follow up to continue treatment condition improving previously visited with : SORE THROAT , COUGHING , SNEEZING , WATRY EYES , STICKY IN THE MORNING STARTED 20/02/25 ASSOCIATED WITH BODYPAIN, FRONTAL HEADACHE SEVERE 7 ON PAIN SCALE , AND FEVER HIGH GRADE STARTED 20/02/25 O/E : LOOK IRRITABLE, DISCLOSED BLACKISH PHARYNX GINGIVA AND TONSILLS CHEST CONGESTED NASAL QUALITY VOICE																				
العرض المرضية																						
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-174202-0781</td><td>RISEK 40MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0102-152902-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																				
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																				
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy																				
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																				
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																				
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																				
النتائج السريرية																						

CPT Code	Treatment	Type
0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
REMARKS :	Enter Remarks	
الملحظات :		

TREATING PHYSICIAN :	DR Amaizah
الطبيب المعالج :	
HOSPITAL /CLINIC :	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة :	
CONSULTATION DETAILS :	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة :	جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEES
رسوم الاستشارة :	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 06/03/2025
توقيع وختم الطبيب			التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	